

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA VACUNA

Vacuna meningocócica B:

Lo que necesita saber

Many vaccine information statements are available in Spanish and other languages. See www.immunize.org/vis

Están disponibles hojas de información sobre vacunas en español y en muchos otros idiomas. Visite www.immunize.org/vis

1. ¿Por qué es necesario vacunarse?

La **vacuna meningocócica B** ayuda a proteger contra la **enfermedad meningocócica** que causa el serogrupo B. Está disponible otra vacuna meningocócica que ayuda a proteger contra los serogrupos A, C, W e Y.

La **enfermedad meningocócica** puede causar meningitis (infección del revestimiento del cerebro y la médula espinal) e infecciones de la sangre. Incluso cuando se trata, la enfermedad meningocócica causa la muerte de 10 a 15 de cada 100 personas infectadas. Además, en quienes sobreviven, aproximadamente 10 a 20 de cada 100 personas quedan con discapacidades, como pérdida de la audición, daño cerebral, daño en los riñones, pérdida de miembros, problemas del sistema nervioso o cicatrices muy evidentes por injertos de piel.

La enfermedad meningocócica es infrecuente y ha disminuido en Estados Unidos desde la década de 1990. Sin embargo, es una enfermedad grave, con riesgo significativo de muerte o discapacidades duraderas en quienes la padecen.

Cualquier persona puede contraer la enfermedad meningocócica. Algunas personas tienen un mayor riesgo, incluidos:

- Bebés menores de un año
- Adolescentes y adultos jóvenes de 16 a 23 años
- Personas con ciertos trastornos médicos que afectan al sistema inmunitario
- Microbiólogos que trabajan habitualmente con aislados de *Neisseria meningitidis*, la bacteria que causa la enfermedad meningocócica
- Personas en riesgo a causa de un brote en su comunidad

2. Vacuna meningocócica B

La protección óptima requiere más de 1 dosis de la vacuna meningocócica B. Hay dos vacunas

meningocócicas B disponibles. Se debe usar la misma vacuna en todas las dosis.

Estas vacunas meningocócicas B se recomiendan en personas de 10 años o más que tienen mayor riesgo de contraer la enfermedad meningocócica del serogrupo B, lo que incluye:

- Personas en riesgo a causa de un brote de enfermedad por meningococos del serogrupo B
- Personas cuyo bazo sufrió daños o fue extirpado, incluidas las personas con enfermedad drepanocítica
- Todas las personas con un trastorno poco frecuente del sistema inmunitario, denominado “deficiencia de componentes del complemento”
- Cualquier persona que reciba un tipo de medicamento llamado “inhibidor del complemento”, como el eculizumab (también llamado “Soliris”®) o ravulizumab (también llamado “Ultomiris”®)
- Microbiólogos que trabajan rutinariamente con aislados de *N. meningitidis*

Estas vacunas también se pueden administrar a cualquier persona de 16 a 23 años para proporcionar protección a corto plazo contra la mayoría de las cepas de la enfermedad meningocócica del serogrupo B, con base en conversaciones entre el paciente y el proveedor de atención médica. La edad preferida para la vacunación es de 16 a 18 años.

3. Hable con su proveedor de atención médica

Informe a su proveedor de vacunas si la persona que recibe la vacuna:

- Ha tenido una **reacción alérgica después de recibir una dosis previa de la vacuna meningocócica B** o si ha tenido cualquier **alergia severa y potencialmente mortal**



U.S. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION

▪ Está **embarazada o amamantando**

En algunos casos, su proveedor de atención médica podría decidir que se posponga la vacuna meningocócica B hasta una visita futura.

La vacuna meningocócica B se debe posponer en mujeres embarazadas a menos que la mujer esté en mayor riesgo y, tras consultar con su proveedor de atención médica, se considere que los beneficios de la vacunación superan los riesgos posibles.

Se puede vacunar a personas con enfermedades leves, como el catarro común. Las personas con enfermedad moderada o grave usualmente deben esperar hasta recuperarse antes de recibir la vacuna meningocócica B.

Su proveedor de atención médica puede proporcionarle más información.

4. Riesgos de una reacción a la vacuna

- Pueden ocurrir dolor, enrojecimiento o hinchazón en el sitio de administración de la inyección, cansancio, dolor de cabeza, dolor muscular o articular, fiebre o náusea después de recibir la vacuna meningocócica B. Algunas de estas reacciones ocurren en más de la mitad de las personas que reciben la vacuna.

En algunos casos, las personas se desmayan después de procedimientos médicos, incluidas las vacunaciones. Informe a su proveedor de atención médica si se siente mareado o si tiene cambios en la visión o zumbido en los oídos.

Al igual que con cualquier medicina, hay probabilidades muy remotas de que una vacuna cause una reacción alérgica grave, otra lesión grave o la muerte.

5. ¿Qué hago si ocurre algún problema grave?

Podría ocurrir una reacción alérgica después de que la persona vacunada deje la clínica. Si observa signos de una reacción alérgica grave (ronchas, hinchazón de la cara y garganta, dificultad para respirar, latidos rápidos, mareo o debilidad), llame al **9-1-1** y lleve a la persona al hospital más cercano.

Spanish translation provided by Immunize.org

Llame a su proveedor de atención médica si hay otros signos que le preocupan.

Las reacciones adversas se deben reportar al Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS (Sistema para reportar reacciones adversas a las vacunas). Es usual que el proveedor de atención médica informe sobre ello, o también puede hacerlo usted mismo. Visite el sitio web de VAERS en www.vaers.hhs.gov o llame al **1-800-822-7967**. *El VAERS es solo para informar sobre reacciones y el personal de VAERS no proporciona consejos médicos.*

6. Programa nacional de compensación por lesiones ocasionadas por vacunas

El National Vaccine Injury Compensation Program, VICP (Programa nacional de compensación por lesiones ocasionadas por vacunas) es un programa federal que se creó para compensar a las personas que podrían haber experimentado lesiones ocasionadas por ciertas vacunas. Las reclamaciones relativas a presuntas lesiones o fallecimientos debidos a la vacunación tienen un límite de tiempo para su presentación, que puede ser de tan solo dos años. Visite el sitio web de VICP en www.hrsa.gov/vaccinecompensation o llame al **1-800-338-2382** para obtener información acerca del programa y de cómo presentar una reclamación.

7. ¿Dónde puedo obtener más información?

- Consulte a su proveedor de atención médica.
- Llame a su departamento de salud local o estatal.
- Visite el sitio web de la Food and Drug Administration, FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos), para consultar los folletos informativos de las vacunas e información adicional en www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines.
- Comuníquese con los Centers for Disease Control and Prevention, CDC (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades):
 - Llame al **1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO)** o
 - Visite el sitio web de los CDC en www.cdc.gov/vaccines.



Suplemento para la Hoja de Información sobre la Vacuna contra antimeningocócica B: Lo que necesitas saber Declaración de información sobre vacunas

1. Estoy de acuerdo en que la persona nombrada abajo reciba la vacuna marcada.
2. He recibido o se me ha ofrecido copia de la hoja con la información sobre esta vacuna (VIS).
3. Conozco los riesgos de la enfermedad que esta vacuna previene.
4. Conozco los beneficios y los riesgos de esta vacuna.
5. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la enfermedad, la vacuna y cómo se da la vacuna.
6. Sé que a la persona nombrada abajo se le va a dar una vacuna para prevenir la enfermedad que esta vacuna previene.
7. Soy adulto y puedo dar permiso legalmente para que le den la vacuna a la persona nombrada abajo. Por mi propia voluntad firmo y doy permiso para que le den esta vacuna.

Vacuna que se va a dar: Vacuna contra antimeningocócica del serogrupo B (MenB) - Bexsero®
 Vacuna contra antimeningocócica del serogrupo B (MenB) - Trumenba®

Información sobre la persona que va a recibir la vacuna (por favor, en letra de imprenta)				
Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento (mmddaaaa)	Sexo (marque uno)
				M F
Dirección	Ciudad	Condado	Estado TX	Código postal
Firma de la persona que va a ser vacunada o la persona autorizada a solicitar la vacuna (padre o tutor legal):				
X _____			Fecha: _____	
X _____			Fecha: _____	
Testigo				

Notificación Sobre Privacidad - Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a <http://www.dshs.state.tx.us> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

Aviso sobre derechos de la vida privada: Yo admito haber recibido de mi proveedor de inmunización una copia del aviso sobre derechos de la vida privada, Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA).

Para uso de la clínica o de la oficina (For Clinic / Office Use Only)

Clinic / Office Address:	Date Vaccine Administered:
	Vaccine Manufacturer:
	Vaccine Lot Number:
	Site of Injection:
	Title of Vaccine Administrator:
	Signature of Vaccine Administrator:
	Date VIS Given:

Notice: Alterations or changes to this publication is prohibited.

Instructions: File this consent statement in the patient's chart.